Cancer du sein

Par le Dr Luc Bodin

Editions Terre des rêves
Aout 2011
Livret Gratuit
ISBN 978-2-95400974-2

Le cancer du sein est une des maladies qui produit le plus de crainte dans l'esprit de nombreuses femmes. Cela semble justifié par le fait que certaines études affirment qu'une femme sur 9 aura un cancer du sein avant l'âge de 90 ans. D'ailleurs, les chiffres parlent d'eux-mêmes, le cancer du sein à augmenter de 100% en 20 ans (de 1980 à 2000).

Il y a actuellement 42.000 nouveaux cas de cancer du sein et 12.000 décès par an en France (première cause de mortalité chez la femme). Par contre, la guérison est obtenue chez 90% des femmes présentant une tumeur mesurant moins d'un centimètre et sans atteinte ganglionnaire… ce qui montre l'importance d'un dépistage précoce.

Les causes

Les causes connues du cancer du sein sont aussi nombreuses que variées. Les principales sont :

- l'âge,
- le sexe féminin évidemment, mais les hommes représentent tout de même 1% des cancers du sein,
- les antécédents personnels de cancer du sein, de l'ovaire ou de l'endomètre,
- les antécédents d'irradiation mammaire (radiothérapie, radiographies, radiations cosmiques chez les hôtesses de l'air),
- l'hérédité (présence des gènes mutés BRCA1 et/ou BRCA2 surtout mais aussi ATM, p53..) qui est cause de7% des cancers du sein,
- les antécédents familiaux de cancer du sein,
- une absence de grossesse,
- une première grossesse après 35 ans,
- une absence d'allaitement,
- des premières règles précoces (avant 15 ans),
- une ménopause tardive (après 55 ans),
- les mastopathies (anomalies de la glande mammaire comme les congestions, les inflammations, les kystes, les nodules),
- l'alcool,
- le tabac,
- le surpoids,
- l'alimentation riche en graisses surtout en graisses « trans »,
- la pilule contraceptive pendant l'utilisation et les 10 ans qui suivent,
- le traitement hormonal substitutif (THS).

Les causes non reconnues sont également nombreuses et souvent bien documentées comme

- les antécédents d'avortement,
- la pollution (les pesticides en particulier et les substances perturbatrices endocriniennes)…
- les déodorants appliqués sous les bras,
- le paraben contenu dans les pommades appliquées sur la poitrine,
- les soutiens-gorge trop serrés,

D'autres encore sont évoquées comme le stress, une personnalité « trop gentille » qui s'oublient au profit des autres (laissent toujours passer les autres devant elles) mais aussi un choc psychologique survenant quelques mois avant l'apparition du cancer est très souvent décrit…

ISBN 978-2-9540097-4-2

Dépistage du cancer du sein

Le dépistage présente deux composantes principales :

- **Palpation des seins (par la femme elle-même et le médecin)**: consiste à effectuer quelques gestes simples permettant de remarquer d'éventuelles anomalies. Le premier temps consiste à inspecter ses deux seins en se regardant debout devant un miroir. Puis, une palpation douce qui examinera un sein avec la main opposée. La levée du bras du côté du sein examiné est recommandée. Il faut inspecter attentivement l'ensemble du sein, du mamelon et de l'aisselle et au moindre doute en parler avec son médecin.

- **Mammographie** : permet de diagnostiquer les lésions infra-cliniques, les nodules, les kystes et surtout les microcalcifications. La petitesse des lésions cancéreuses ainsi diagnostiquées rendrent le traitement et le pronostic globalement meilleur. Elle peut être complétée par une échographie ou une IRM en cas de besoin.

  La mammographie n'est pas exempte de critique. Elle est souvent douloureuse à cause de la pression exercée sur les seins lors de la mammographie. De plus, il existe des faux positifs (fausses alertes) dans 10% des cas ainsi que des faux négatifs surtout en cas de seins denses. Mais maintenant cet examen bénéficie souvent de la double lecture par deux radiologues différents ce qui limite fortement le nombre de ces erreurs.

  De plus, la mammographie envoie des rayonnements X pouvant générer des cancers… Heureusement ce risque semble minime. Car sur 10.000 femmes suivant une mammographie annuelle pendant 10 ans, une seule va créer un cancer du sein… pour beaucoup d'autres qui vont être sauvées grâce à une détection précoce de leur cancer… à un stade où les nodules ne sont pas encore palpables.

  Cependant d'autres méthodes sont actuellement à l'étude pour rendre le dépistage moins nocif, plus performant et surtout plus sûr, comme l'IRM ou certains marqueurs sanguins… Mais aussi, un test salivaire analysant quelques 49 protéines est actuellement en cours d'étude. Il est aussi regrettable que les échographies intraducales aient été abandonnées. Elles donnaient d'excellents dépistages sans aucune nocivité pour les femmes.

ISBN 978-2-9540097-4-2

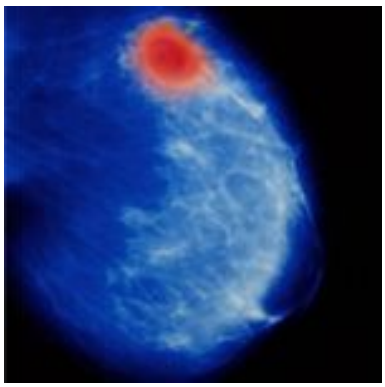
Histoire de la maladie

Les **circonstances de découverte** sont variables : douleurs, gonflement d'un sein, écoulement anormal d'un mamelon, congestion, découverte d'une formation, d'un nodule dans un sein, d'une rétractation du mamelon, d'un creux ou d'une ride sur la peau d'un sein… Tout peut être un signe de présence de tumeur… fort heureusement 80% des anomalies sont bénignes. Mais il convient de s'en assurer.

Le **médecin** palpera les seins pour repérer la tumeur sa taille, sa mobilité, ses limites (nettes ou floues), sa sensibilité, son aspect (lisse ou hétérogène), sa consistance (dure ou souple)… puis il examinera le creux axillaire sous les bras à la recherche de ganglions. L'ancienneté des troubles et la vitesse de progression seront aussi des éléments importants. Ensuite après avoir effectué un examen général et un interrogatoire sur les antécédents personnels et familiaux, le médecin jugera de l'opportunité de réaliser des examens complémentaires :

La **mammographie** surtout afin d'étudier plus précisément la tumeur, voire quelquefois de juger de sa nature bénigne ou maligne.

Une **échographie** mammaire est quelquefois demandée en complément pour affiner ou confirmer une image vue à l'échographie. Les échographies ductales sont très intéressantes et spécialisées sur le diagnostic des cancers du sein. Mais elles sont malheureusement très peu développées en France.



Une **IRM** peut aussi être demandée dans les cas litigieux.

En cas d'image suspecte, une **cyto-ponction** de toutes lésions suspectes, sans exception, peut (doit) être réalisée sous contrôle endoscopique. Elle permettra l'étude cytologique (des cellules) prélevées permettant de déterminer leur caractère malin ou non. Selon les résultats, une simple surveillance ou une biopsie sera organisée.

Une **biopsie** sera réalisée selon les cas, soit d'emblé lorsque la lésion est suffisamment évocatrice du diagnostic ou en cas de lésion unique, soit à la suite d'une cyto-ponction positive (présence de cellules cancéreuses ou de cellules douteuses). Elle consiste à prélever sous anesthésie locale soit un échantillon de la tumeur, soit la totalité de la tumeur en cas de nodule de petite taille. Il est important de noter sur la peau (par tatouage) le lieu précis où prélèvement a été réalisé afin qu'il soit enlevé au cours de la chirurgie si le diagnostic de cancer est confirmé. Cela limite le risque toujours possible de dissémination cancéreuse secondaire au prélèvement.

ISBN 978-2-9540097-4-2

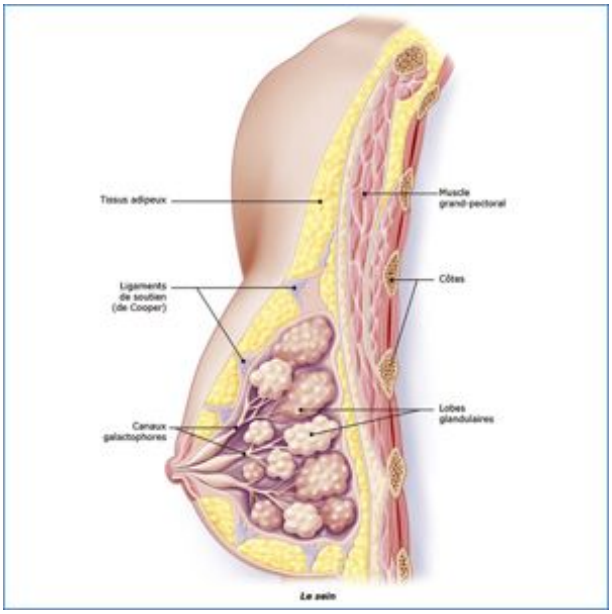
L'analyse histologique de la pièce prélevée permettra de faire le diagnostic de cancer, mais aussi du type de cancer. La plupart des cancers du sein sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire qu'ils se développent sur les canaux (cancers canalaires) ou les lobules (cancers lobulaires) des glandes mammaires.

Mais il existe aussi d'autres types de cancers possibles qui se développent à partir d'autres tissus du sein comme les cancers tubulaires, médullaires, mucineux, papillaires… sans oublier la maladie de Paget du sein qui se développe sur la peau à partir du mamelon…

Par ailleurs, l'analyse histologique permet de distinguer les cancers in situ qui sont très localisés et les cancers infiltrés qui sont plus étendus, avec des limites floues et de moins bon pronostic.

L'étude de la pièce va aussi fournir beaucoup d'autres indications utiles : l'exérèse de la tumeur a-t-elle été totale (lors d'une biopsie totale du nodule) ? A quelque distance de la tumeur l'exérèse a-t-elle été faite (si c'est trop proche, il faudra recommencer l'opération en passant plus au large) ? Y a-t-il sur les cellules des récepteurs hormonaux (aux oestrogènes et/ou à la progestérone) ? Mais aussi, surexpriment-elles certains oncogènes comme le HER-2 ?

Toutes ces informations sont essentielles pour le choix des traitements. Enfin cette analyse déterminera l'agressivité du cancer (on parle alors de « grade ») selon le nombre de divisions (mitoses) des cellules cancéreuses, la présence de nécrose… vues au microscope.



A ce moment, le diagnostic de cancer est posé. C'est le difficile moment de **l'annonce du diagnostic** à la personne… Celles-ci décrivent parfaitement que leur vie s'en trouve totalement transformée.

Il y a la vie « avant » l'annonce du cancer et celle « d'après »… Il est impératif que la personne soit bien entourée et ne pas hésiter de demander le soutien d'un psychologue. Car il faut trouver les ressources nécessaires pour surmonter cette nouvelle et faire face aux traitements à entreprendre…

ISBN 978-2-9540097-4-2

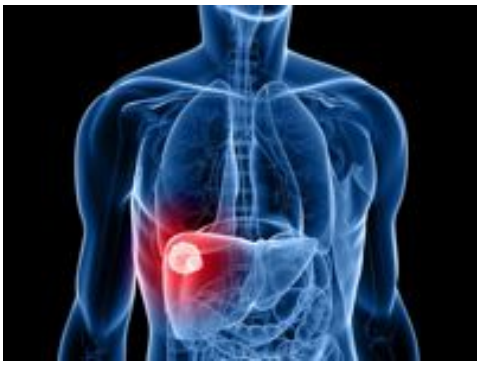
Les médecins vont ensuite pratiquer un **bilan d'extension** du cancer qui est une étape indispensable pour déterminer le meilleur traitement à appliquer :

- Une prise de sang étudiant les globules rouges et blancs, les plaquettes, un bilan hépatique et un bilan rénal en vue d'éventuelles futures chimiothérapies, les marqueurs tumoraux pour avoir une valeur de référence par rapport à l'évolution ultérieure. L'étude du taux urinaire de lipocaline2 dans les urines permettrait de repérer les cancers invasifs (agressifs). C'est actuellement à l'étude.

- Une échographie (ou une IRM) hépatique (ou abdominale étudiant aussi les ovaires) à la recherche de métastase hépatique notamment.

- Une radiographie pulmonaire à la recherche de métastase pulmonaire.

D'autres examens peuvent être demandés selon les situations… Tous ces examens permettent d'effectuer la **classification « TNM »** (taille de la tumeur, existence de ganglion (adénopathie) et de métastase). Celle-ci associé au « grade » de la tumeur, détermine le « stade » du cancer selon une classification internationale. Enfin **le stade** (qui va de I localisé à IV évolué), accompagné de l'âge de la femme (avant la ménopause ou après), de ses antécédents et maladies associées, de l'existence de récepteurs hormonaux ou de surexpression de certains oncogènes… permettra de déterminer le traitement qui a le plus de chance de succès en fonction des SOR (standard, options, recommandations) internationaux.



ISBN 978-2-9540097-4-2

Les traitements conventionnels

Les traitements tiendront compte du type histologique du cancer, de son stade et de la situation de la femme. Ainsi :

- En cas de **cancer de petite taille**, la chirurgie sera privilégiée. Elle consistera à enlever la tumeur seule (tumorectomie) et à effectuer un curage ganglionnaire en utilisant éventuellement la technique du « ganglion sentinelle ». Cette technique consiste à injecter dans la région du cancer un marqueur qui permet de repérer le ganglion exact qui draine la tumeur. Celui-ci est alors enlevé et examiné au microscope. S'il est sain, le chirurgien en reste là ; par contre, s'il présente des cellules cancéreuses, il procédera à l'exérèse de la chaîne ganglionnaire.

- Si la **tumeur est importante**, une chimiothérapie préalable (chimiothérapie néo-adjuvante) est réalisée afin de réduire la taille de la tumeur. Ensuite, une chirurgie est organisée, son étendue sera adaptée à la taille du reliquat tumoral : tumorectomie, quadrantectomie (ablation d'une partie du sein, un quadrant), mastectomie (ablation de l'ensemble du sein). Le curage ganglionnaire est systématique à ce stade…

- Les **traitements hormonaux** seront indiqués principalement aux femmes âgées ayant des récepteurs hormonaux positifs. Ces traitements consistent à bloquer les hormones sexuelles naturelles risquant de stimuler la formation cancéreuse. Il en existe plusieurs catégories : les anti LH-RH qui bloquent les ovaires, les anti-oestrogènes comme le Tamoxifène et maintenant les anti-aromatase comme l'Arimidex ou le Fémara. Les blocages hormonaux complets (anti LH-RH associés aux anti-oestrogènes) sont indiqués dans des cas avancés avec des récepteurs hormonaux positifs. Les anti-oestrogènes (Tamoxifène) ou maintenant les anti-aromatases sont indiquées à la suite de la chirurgie et autres traitements. Ils sont à suivre pendant 5 ans (minimum). Ils ont démontré leur efficacité sur la prévention des récidives.

- En cas de récepteurs hormonaux négatifs, mais de ERB-2 positif, et si le cancer est évolué, les **anti-corps monoclonaux** seront préconisés comme **l'Herceptine** qui bloquera cette surexpression.

- La **chimiothérapie adjuvante** (Anthracycline, FEC, 5FU…) sera réservée plutôt aux femmes jeunes ayant des récepteurs hormonaux négatifs.

- La **radiographie** (50 grays) sera réalisée de manière systématique sur le sein restant et les zones ganglionnaires pour nettoyer la zone de toutes cellules

ISBN 978-2-9540097-4-2

cancéreuses résiduelles éventuelles. Mais aussi, l'usage de la radiothérapie après la chirurgie permet d'effectuer des interventions conservatrices (tumorectomie ou quadrantectomie) et évite de nombreuses mastectomies totales.

En résumé, le traitement conventionnel du cancer du sein peut comporter :

- Une chimiothérapie néo-adjuvante en cas de tumeur importante.
- Une chirurgie adaptée à la situation avec curage ganglionnaire, guidé par la technique du ganglion sentinelle.
- Une radiothérapie sur le sein restant et sur les aires ganglionnaires.
- Une chimiothérapie adjuvante chez la femme avant la ménopause, ou un traitement hormonale chez la femme après la ménopause. L'Herceptine étant indiquée en cas de récepteurs hormonaux négatifs mais de ERB-2 positif.
- Une hormonothérapie (anti-oestrogènes ou anti-aromatase) à titre préventif, après la ménopause pendant 5 ans minimum si les récepteurs hormonaux sont positif

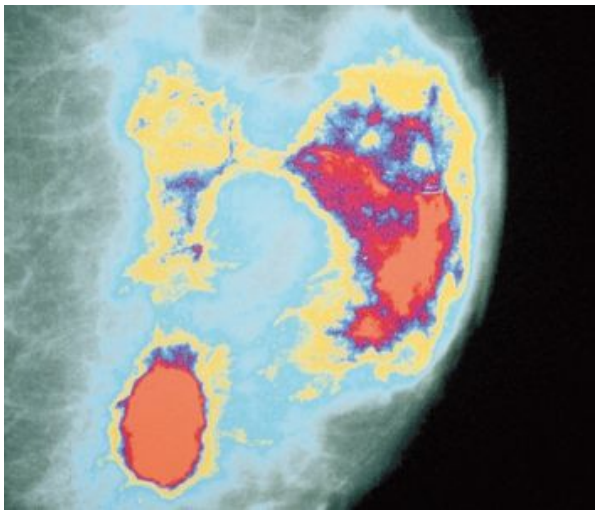
ISBN 978-2-9540097-4-2

La surveillance

Une fois ce traitement réalisé, une surveillance sera instaurée d'abord tous les trimestres puis progressivement tous les ans. Elle consiste outre l'examen clinique réalisé par le médecin à une prise de sang : globules rouges et globules blancs, plaquettes, bilan rénal et bilan hépatique. C'est à ce moment que prennent toute leur valeur, les marqueurs tumoraux. Le CA 15-3 est le plus ancien et le plus classique. A celui-ci s'ajoute les antigènes tissulaires polypeptidiques (TPA), et tissulaires polypeptidiques spécifiques (TPS). Une élévation de ceux-ci pouvant inaugurer une récidive tumorale.

Une mammographie ou une échographie ou une IRM du sein restant et du sein contro-latéral est régulièrement demandée ainsi qu'une échographie du foie et une radiographie pulmonaire, en vue de surveiller les principaux sites de métastases du cancer du sein. Des scintigraphies osseuses et des radiographies osseuses ainsi que des scanners ou des IRM cérébraux peuvent être aussi demandés selon les circonstances présentées. Ces examens sont généralement effectués tous les 3 à 6 mois au début puis tous les ans pendant plusieurs années. Car, le cancer du sein a ceci de particulier que les récidives peuvent survenir de nombreuses années plus tard, jusqu'à 20 ou 25 ans…

Des tests sur les tumeurs opérées sont actuellement mis au point (Oncotypt, Signature d'Amsterdam) qui permettront de déterminer les risques de récidives. Cela pourrait éviter bien des chimiothérapies… à suivre.



ISBN 978-2-9540097-4-2

Evolution

L'évolution dépend essentiellement du stade du cancer au moment du diagnostic : taille de la tumeur, envahissement ganglionnaire, métastases (et micrométastases), grade histologique, statut des récepteurs hormonaux, surexpression de certains oncogènes comme le ERB-2, âge, état général, pathologies associées, antécédents personnels…

Tout est possible, depuis l'aggravation progressive, jusqu'à la disparition totale du cancer. Mais des récidives locales sont toujours possibles, tout comme la survenue de métastases (os, foie, ganglion, poumon, cerveau). Enfin, l'apparition d'un deuxième cancer du sein est aussi une probabilité.

Cependant, il faut savoir ne pas se laisser enfermer dans un pronostic qui ne sera toujours que statistique. L'évolution appartient à chaque personne…

ISBN 978-2-9540097-4-2

Les effets secondaires et les séquelles

La chirurgie laisse un sein plus ou moins atrophié selon la taille de la tumeur enlevée. Des cicatrices peuvent être disgracieuses ou douloureuses. Des prothèses de mieux en mieux conçues sont de bons palliatifs en attendant une reconstruction du sein. Celle-ci est réalisée grâce à des prothèses salines ou en gel de silicone, voire aussi en positionnant des lambeaux musculaires prélevés à distance. Mis à part pour les jeunes femmes où l'aspect esthétique est très important, il est conseillé d'attendre que les traitements et le temps de surveillance soient terminés avant d'envisager ce genre d'intervention.

L'ablation des ganglions axillaires peut générer la survenue d'un syndrome du gros bras dû à un lymphoedème, c'est-à-dire une circulation lymphatique qui se fait mal du fait de l'ablation des ganglions lors de l'intervention. Des drainages lymphatiques, la pose de manchon compressif, voire des traitements médicamenteux (Extranase, Endotelon et autres) peuvent améliorer la situation. Certains hôpitaux proposent maintenant la greffe de ganglions en remplacement de ceux qui ont été enlevés. Les résultats seraient très intéressants.

De nombreux effets secondaires sont possibles à la suite des traitements. Ils sont différents selon les chimiothérapies instaurées, comme les nausées et vomissements, les pertes de cheveux, sourcils et poils, les problèmes buccaux (mucite), les troubles de l'appétit, les douleurs, le syndrome pied-main, les diarrhées ou les constipations, les infections, les troubles du goût, les sécheresses des muqueuses, les bouffées de chaleur, les baisses de la libido, etc… mais surtout une fatigue et une anxiété voire un état dépressif. Des traitements adaptés existent pour chaque situation. (voir pour cela le livre du Dr Bodin « Mieux vivre la thérapie du cancer aux éditions du Dauphin)

La radiothérapie peut induire une radiodermite (inflammation de la peau) voire des atteintes plus sévères sur les organes sous-jacents comme la plèvre, les côtes, les poumons… lorsque la tumeur était très profonde.

ISBN 978-2-9540097-4-2

Les traitements naturels.

Les **traitements naturels** devraient être instaurés systématiquement en même temps que les traitements conventionnels. Car, ils vont aider les personnes malades à bien supporter leur traitement conventionnel en soulageant de manière simple naturelle les nausées, la chute des globules blancs et rouges, la fatigue, les troubles coliques, la baisse de l'appétit… Cela permettra aussi de poursuivre ces traitements conventionnels à pleine dose et pendant tout le protocole prévu, ce qui leur donnera un maximum de chance de réussite.

Les traitements naturels peuvent aussi renforcer l'effet des traitements anticancéreux (les rendre plus efficaces), mais aussi avoir des actions propres contre le cancer, sans oublier leur action sur le terrain cancéreux qui a permis au cancer de se développer.

Parmi les nombreux traitements proposés actuellement, il est possible d'avancer principalement :

- Le **régime méditerranéen** comme alimentation de base (surtout les fruits et les crudités, l'huile d'olive, les fibres).
- Une **activité physique** régulière et une bonne oxygénation (respiration).
- L'**arrêt du tabagisme**, une consommation modérée d'alcool…
- La prise d'**antioxydants** (sélénium, béta-carotène, vitamines C et E, oméga 3) en dehors des chimiothérapies et radiothérapies.
- Les **traitements Beljanski** (chez Natural source).
- La **propolis** (chez Pollenergie).
- Le **germanium** et le **molybdène** (aux laboratoires Catalyon).
- Le desmodium ou la Cocculine pour le foie et les nausées.
- Le **maïtaké** ou le **shiitaké**.
- La **boisson phyto-probiotique** de Vilac plus.
- La formule C1 et C2 de la **micro-immunothérapie**.
- La **vitamine D3**.
- La **bromélaïne** et les extraits de melon : **Vitasain** (chez Vitasanté) .
- Le **viscum album** des anthroposophes.

ISBN 978-2-9540097-4-2

Bien d'autres thérapies semblent aussi très intéressantes et très prometteuses, mais elles manquent d'études suffisantes… comme la vitamine C à haute dose (en intraveineuse), la hight pH therapy, le protocole du Dr Rath, l'eau oxygénée, la cure de Breuss, la vitamine B17, l'huile de requin, la pyrothérapie, les acides de Le Fol… sans oublier les champs électromagnétiques pulsés, l'oscillateur à ondes multiples de Lakowsky, la thermothérapie… pour ne parler que des plus connus. Enfin, le régime sans polyamine est d'un intérêt très important pour faire régresser les cancers évolués. Il est regrettable que les recherches actuelles ne s'orientent vers ces domaines…

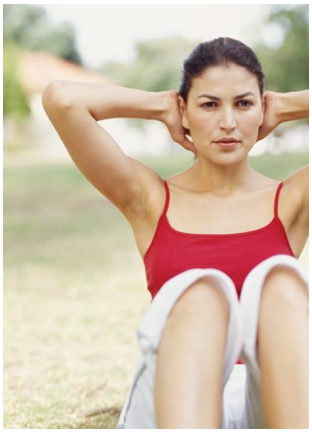
Par ailleurs, la médecine énergétique, l'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie seront des alliés importants dans de nombreuses circonstances.

Sur le **plan psychologique**, les traitements naturels aideront à surmonter le choc de l'annonce, à accepter sa maladie, à trouver ses ressources pour relancer le désir de guérison, à travailler sur les croyances limitantes et ses valeurs, à surmonter son stress, à (re)trouver le sens de sa vie, à apprendre à vivre avec son cancer et aussi à retrouver et solutionner l'éventuel conflit déclenchant.

Les conflits les plus fréquemment rencontrés sont pour une droitière : pour le sein gauche, un problème ou un souci avec/pour les enfants ou sa mère ; pour le sein droit, un problème ou un souci avec/pour son conjoint ou le genre humain d'une manière générale. Mais attention, selon le tissu touché par le cancer du sein, le conflit ne sera pas exactement le même. Les conflits indiqués ici ne correspondent qu'aux plus fréquents.

Pour ce soutient psychologique, il est possible de faire appel à la psychothérapie, la PNL, la pensée positive, la symbolique de la maladie, la visualisation, la sophrologie, le Qi Gong, l'art-thérapie, l'EFT, le TAT, les fleurs de Bach… voire aussi la prière et la spiritualité pour les personnes qui en ressentent le besoin.

Cette maladie oblige à bouger, à changer, à évoluer… à adopter un nouveau mode de vie, une nouvelle manière de voir la vie… ce qui permet de changer le terrain. En effet, une étude récente vient de démontrer que les hommes atteints d'un cancer de la prostate qui adoptaient un mode de vie sain et suivaient un soutient psychologique, modifiaient leur gène favorablement. Des oncogènes se fermaient (s'inhibaient) déjà au bout de 3 mois à ce régime… Ceci démontre parfaitement que les changements de conduite de vie et de penser sont capables de changer un terrain cancéreux… ce qui constitue un immense espoir pour l'avenir. Cela ne remplacera pas les traitements conventionnels, mais les complétera efficacement.



ISBN 978-2-9540097-4-2

La prévention du cancer du sein

* Première grossesse précoce (avant 35 ans) et allaitement de son enfant.
* Alimentation riche en crudités et fruits, pauvres en graisses notamment en graisses animales et en graisses trans.
* Arrêt du tabac.
* Modérer l'alcool.
* Contrôler son poids… surtout après la ménopause.
* Eviter la prise de traitement hormonal (pilule contraceptive – THS) si cela n'est pas indispensable.
* Bouger davantage (ex : marche 30 minutes par jour).
* Se faire suivre régulièrement par son médecin… surtout après 50 ans.
* Mammographie régulière après 50 ans.

ISBN 978-2-9540097-4-2

Le Dr Luc Bodin est l'auteur :

de nombreux livres d'informations médicales :

. ***Ho'oponopono, le secret des guérisseurs hawaiiens***.
Éditions Jouvence (2011)
. *L'EFT, emotional freedom technique.*
Éditions Jouvence (2011)
. *Vous avez dit cancer ?* (œuvre collective)
Éditions Jouvence (2010)
. ***Mieux lire et comprendre vos analyses biologiques***.
(2e édition)
Éditions du Dauphin (2010)
. *Le guide de la médecine globale et intégrative.*
Éditions Albin Michel (2009)
. *Bien nourrir son cerveau.*
Éditions du Dauphin (2009)
. *La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.*
Éditions du Dauphin (2009)
. *Quand le cancer disparaît.*
Éditions Trédaniel (2009)
. ***Réussir à guérir***.
Éditions du Dauphin (2008)
. ***10 solutions naturelles pour aider à guérir du cancer***.
Éditions le Temps Présent (2008)
. ***L'alimentation, un renfort indispensable contre le cancer***.
Éditions du Dauphin (2008)
. ***Cancer et plantes d'Amazonie***.
Éditions Testez (2008)
. ***Mieux vivre la thérapie du cancer***.
Éditions du Dauphin(2007)
. *La maladie d'Alzheimer* *: la comprendre, la prévenir.*
Éditions du Dauphin (2007)
. ***Mieux lire et comprendre vos analyses biologiques***.
Éditions du Dauphin (2006)
. ***Pour en finir avec les infections et les allergies récidivantes***.
Éditions le Temps présent (2006)
. ***Cancer : du diagnostic à l'annonce...***
Arkhana Vox (2006)
. ***Cancer : causes (physiques et psychiques), formation et développement du cancer***.
Arkhana Vox (2005)

ISBN 978-2-9540097-4-2

de livrets téléchargeables *gratuitement*
sur le site www.stageslucbodin.com

. Préparez-vous au changement.
Éditions Terre des rêves (2011)
. Le gouvernement mondial existe-t-il ?
Éditions Terre des rêves (2011)
. Plantes amazoniennes de Poconé.
Éditions Terre des rêves (2011)
. Plantes et cancer.
Éditions Terre des rêves (2011)
. Tests de mémoire.
Éditions Terre des rêves (2011)
. Traitements naturels dans le cancer.
Éditions medecine-demain (2009)
. Se protéger des champs électromagnétiques.
Éditions medecine-demain (2009)
. Aliments, vitamines et calories.
Éditions medecine-demain (2009)
. Cancer, mode d'emploi
Éditions medecine-demain (2008)
. Une bonne alimentation
Éditions medecine-demain (2008)

Les sites personnels du Dr Luc Bodin :

www.stageslucbodin.com

www.conseilslucbodin.com

www.livreslucbodin.com

www.preparezvousauchangement.com

ISBN 978-2-9540097-4-2